DISSERTATION

N° 229.

SUR

L'ASTHME;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 28 août 1832, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR PIERRE-FRANÇOIS-AUGUSTE LAUDE, d'Onans,

Département du Doubs;

Bachelier ès-lettres, Bachelier ès-sciences.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1832.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD, Examinateur.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX, Examinateur.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / JULES CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutigue et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU, Examinateur.
Clinique médicale	FOUQUIER. / BOUILLAUD, Président. / CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN. / ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Gerdy.
Bayle.	Gibert.
Blandin.	Hatin.
Bouvier, Examinateur.	Lisfranc.
Briquet, Suppléant.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cottereau.	Rochoux.
Devergie.	Sandras.
Dubled.	Trousseau.
Dubois, Examinateur.	Velpeau, Suppléant.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE,

MON MEILLEUR AMI.

Ta tendresse m'a constamment prodigué les soins les plus affectueux ; elle n'a connu aucun sacrifice pour mon éducation.

Reçois donc cet ouvrage partiel de mes études, comme témoignage public d'une vive reconnaissance filiale.

A MADAME

MARIE-ÉLISABETH-VICTOIRE ROUSSET,

Qui, en qualité de seconde épouse de mon père, n'a cessé jusqu'alors de me prodiguer depuis mon enfance les soins les mieux soutenus et les témoignages les plus flatteurs d'une constante tendresse.

Daignez agréer ce fruit de mes études, comme un profond hommage de ma reconnaissance.

P.-F.-A. LAUDE.

DISSERTATION

SUR

L'ASTHME.

Le choix que j'ai fait de cette maladie pour sujet de ma dissertation m'a été dicté par un puissant intérêt. Mon père gémit depuis long-temps sous le douloureux fardeau de cette affection ; c'est cette circonstance qui a déterminé mon choix pour un sujet dont je connais toute la difficulté, et qui, malgré sa difficulté et ma faiblesse, me l'a fait préférer à tout autre, parce que le désir d'être à même de pouvoir donner à mon père des soins éclairés, et l'espoir qu'ils ne seront pas sans quelques résultats avantageux, ont été les principaux mobiles de mes études, comme sa guérison est le but de tous mes vœux.

Définition.

Le mot *asthme*, *αθμα*, *respiration difficile, fréquente*, dérive de *αω*, *je respire ;* comme l'indique *Laennec*, il signifie proprement *difficulté de respirer.*

L'asthme a été confondu par quelques auteurs avec la dyspnée, dont il a la même signification. Mais la plupart des médecins se sont accordés à appeler *asthme* une affection dans laquelle la respiration

est difficile, fréquente, comme dans la dyspnée, et qui offre des phénomènes particuliers.

Il paraît que les anciens donnaient, en général, le nom d'*asthme* à une difficulté plus ou moins grande de la respiration, telle qu'on l'éprouve à la suite d'une course rapide. La description qu'*Arétée* a faite de cette maladie est aussi exacte qu'éloquente. Voici comment cet auteur s'exprime : « La difficulté de la rentrée de l'air à la suite d'une course, d'un exercice violent, est appelée *ασθμα* par les Grecs, et *anhelitus* par les Latins. Les Grecs ont aussi donné le nom d'*orthopnée* à cette maladie. Avant l'accès, le malade est oppressé ; il se livre avec lenteur à ses occupations habituelles et à toute espèce de travaux ; il respire avec une grande difficulté, surtout en montant et en courant ; des évacuations pénibles, des dégagemens laborieux de vents se manifestent sans cause apparente ; pendant la nuit, point de sommeil, mais de l'agitation et de la chaleur ; les narines sont habituellement dilatées et comme avides d'air. Si la maladie fait des progrès, les pommettes se colorent, les yeux semblent sortir de leur orbite ; la respiration est plus stertoreuse pendant la veille que pendant le sommeil ; la voix est obscure, voilée ; le malade désire avec passion un air frais, veut sortir, et sa chambre, quelle qu'elle soit, lui paraît trop étroite ; il y étouffe ; il inspire debout par une forte aspiration, et comme s'il voulait avaler de l'air en l'attirant, il ouvre avidement la bouche pour en recevoir une plus grande quantité ; le visage est pâle, excepté les pommettes, qui sont colorées ; le front et le cou sont en sueur ; une toux rauque et habituelle tourmente le malade ; il y a expectoration de quelque matière ténue, froide et écumeuse ; dans l'inspiration, le cou se gonfle, la région précordiale s'élève ; le pouls est petit, fréquent et déprimé. Si un peu de calme succède à ces symptômes, la toux devient moins fréquente, l'expectoration s'établit, les vents s'échappent avec moins de peine ; il y a une émission moins abondante d'urine claire ; le sommeil n'est plus aussi agité ; on éprouve moins d'angoisse à la région précordiale, et le symptôme de l'anhélation est plus supportable. Les asthmatiques échappent ainsi

à la mort ; mais, après l'accès, ils ne sont pas entièrement soulagés, et conservent souvent une infirmité habituelle. »

Les auteurs qui ont écrit sur l'asthme lui ont donné différens noms : *Hoffmann, Boerhaave, Cullen, Sauvages, Baglivi, Floyer, Villis,* l'ont apppelé *asthma convulsivum, dyspnea spasmodica ;* JUNCKER, *asthma spasticum ;* VANHELMONT, *caducum pulmonis ;* PINEL, *asthme convulsif.*

Division.

L'observation a constaté que l'asthme peut exister isolé de toute altération, comme il peut se développer à la suite de lésions aussi nombreuses que diverses ; c'est d'après ces faits seulement que nous diviserons l'asthme en *primitif* ou *idiopathique*, et en *secondaire* ou *symptomatique.*

Causes prédisposantes.

Les auteurs regardent l'asthme comme une affection héréditaire. Tous les âges, tous les sexes y sont exposés ; mais il est d'observation que les hommes y sont plus sujets que les femmes, et que l'âge paraît avoir une influence sur sa production ; car c'est ordinairement dans l'âge adulte qu'on observe le développement de cette maladie.

Certains tempéramens semblent plus que d'autres prédisposés à cette affection : dans ce nombre, on range les tempéramens dits *nerveux* et *bilioso-sanguin.*

L'influence de certaines habitudes vicieuses, telles que la masturbation, l'abus des plaisirs vénériens, les excès de table, ont une grande part dans sa production ; la colère, la frayeur, etc., toutes les passions vives, et, en général, toutes les causes morales, occupent une place importante dans l'étiologie de l'asthme.

La pléthore, la rétrocession d'une affection rhumatismale ou articulaire, la suppression de flux habituels, et plusieurs autres causes de maladies générales, ont souvent occasioné celle qui nous occupe ;

enfin plusieurs exemples prouvent que la prompte disparition d'une affection cutanée peut être suivie de phénomènes dyspnéiques.

Les professions qui exigent des efforts violens, celles dont l'exercice nécessite une compression de la poitrine, ou dans lesquelles le poumon est irrité mécaniquement par des molécules de poussière, prédisposent aux affections asthmatiques, ainsi que tout ce qui peut entraver soit directement ou indirectement l'exercice de la circulation pulmonaire et de la respiration.

Une multitude de lésions, soit de l'arbre circulatoire, soit de l'organe respirateur, ainsi que certaines affections du cerveau, sont les causes prédisposantes les plus nombreuses et les plus ordinaires de l'asthme.

Enfin le climat et les circonstances atmosphériques ont une grande part dans sa production ; aussi on le remarque dans les climats froids et humides et dans ceux qui sont très-froids ou très-chauds.

Causes déterminantes.

Les causes les plus ordinaires des accès sont les variations de l'atmosphère : aussi la fin de l'automne et l'hiver sont les saisons pendant lesquelles les paroxysmes sont le plus fréquens; d'un autre côté, la chaleur, et surtout la chaleur étouffante d'un lieu où l'air est chargé d'émanations animales, les détermine fréquemment aussi ; l'électricité atmosphérique exerce une remarquable influence sur les asthmatiques. Il en est de même de l'influence nocturne, aussi réelle mais aussi inexplicable que celle de l'électricité. Certaines émanations odorantes, ainsi que l'inspiration de la poudre d'ipécacuanha, font aussi surgir les accès. Enfin un régime trop succulent, l'usage fréquent des alcoholiques paraissent les causes principales auxquelles se rattache le développement des paroxysmes. Telles sont la plupart des causes déterminantes. Mais nous ne terminerons pas l'étiologie de cette affection sans observer que l'action de ces modificateurs est très-variable relativement aux

dispositions individuelles des sujets sur lesquels ils s'exercent, et que ces agens n'ont aucun effet dyspnéique s'ils ne sont favorisés dans leur action par le concours d'une disposition particulière du système nerveux. Mais c'est cette disposition à être spécialement modifié, c'est cette modification qui entraîne avec elle le spasme pulmonaire, et par suite l'augmentation du besoin de respirer, l'asthme enfin, qui se soustrait à nos recherches.

Siége de l'asthme.

Pour connaître une maladie, il faut non-seulement en préciser le siége, mais encore en déterminer la nature, c'est-à-dire le mode actuel de l'altération dont la lésion fonctionnelle est l'effet. Ce double but fut de tous les temps l'objet de la sollicitude des médecins; mais leurs philanthropiques efforts ne furent pas toujours couronnés de succès; aussi ils eurent bientôt des opinions diverses sur la même maladie, et bâtirent différentes théories pour justifier leur manière de voir. Toutefois il est peu d'affections sur le siége desquelles les auteurs aient eu des idées aussi variées que sur celle qui nous occupe. N'en citons que quelques exemples.

Vanhelmont pensait qu'il existait une cause occulte que nos sens ne sauraient déterminer, et dont l'effet était d'agir par intervalles périodiques sur la surface du poumon, de contracter ce viscère, de gêner fortement la respiration, et de former ainsi l'accès d'asthme.

Le docteur *Georget* l'attribue à une irritation cérébrale déterminant la convulsion des muscles inspirateurs, et d'autres célèbres auteurs modernes l'attribuent à la lésion du cœur et des gros vaisseaux.

Laennec croit que l'emphysème du poumon en est la cause la plus commune, et il admet en même temps l'existence d'une affection nerveuse de cet organe. *Sauvages* et *Cullen* définissent l'asthme une dyspnée intermittente revenant par accès dans l'intervalle desquels la respiration est quelquefois libre. *Willis* le rapporte au

spasme des muscles de la respiration. *Pinel* le range au rang des névroses de l'appareil respiratoire; enfin *Robert Brée* le définit une contraction violente des muscles de la respiration, sans fièvre, déterminée par une irritation qui a son siége dans quelques-uns des viscères aux fonctions desquels ces muscles participent. Que de jugemens divers sur la même affection! Pourtant chacun d'eux peut avoir une part dans la vérité, si sous le nom de *siége de l'asthme* les auteurs ont entendu désigner, et il est probable, le genre de cause qui le produit; car il paraît hors de doute que les causes prédisposant à cette affection sont aussi nombreuses que diverses. En effet, que l'asthme soit idiopathique ou symptomatique toutes les causes dont il est le produit agissent de la même manière; elles tendent toutes au même but, celui d'empêcher le poumon d'exécuter librement sa fonction de convertir le sang veineux en artériel. Mais l'asthme une fois établi n'a d'autre siége que dans l'organe dont il exprime le trouble fonctionnel, et les auteurs en le plaçant ailleurs n'ont-ils pas fait de la cause la maladie elle-même? L'origine de leur opinion différente sur le siége de l'asthme ne tient-elle pas à ce que cette affection pouvant se développer sous l'influence de plusieurs altérations, alors chaque auteur, ayant observé le plus ordinairement l'asthme avec telle lésion, a généralisé ce fait, et l'un a dit que c'était une maladie du cerveau, un autre du poumon, etc.? Pourtant, parmi les définitions que nous avons citées, celle de *Robert Brée* nous paraît embrasser le plus grand nombre de causes et cheminer la plus voisine de la vérité. Mais dans les altérations que nous avons regardées comme causes de l'asthme, n'y en a-t-il pas qui en sont les effets? L'oppression, le spasme pulmonaire, les efforts qui caractérisent les accès, ne doivent-ils pas à la longue produire des désordres dans les organes centraux de la circulation? De là peuvent venir ces lésions organiques que l'on rencontre presque toujours chez les vieillards asthmatiques, et qui ont été souvent l'effet et non la cause de cette maladie, quoiqu'une fois établies elles ajoutent encore à la gêne

de la respiration, de telle sorte que l'asthme et ces lésions s'aideront dans leur développement par une réaction mutuelle. Ainsi quand certaines affections du cœur coïncideront avec cette maladie, on verra, comme dit *Corvisart*, que les dyspnées chroniques, de quelque nom qu'on les appelle, sont souvent cause des altérations du cœur et desgros vaisseaux, ce que l'histoire des malades doit toujours apprendre.

Cependant les maladies de l'arbre circulatoire sont généralement regardées comme constituant presque à elles seules les causes de l'asthme; et en effet, on l'observe assez constamment avec ces lésions; mais en est-il un effet nécessaire? n'est-il pas plutôt dans ces circonstances une véritable maladie nouvelle surajoutée à la première, qui en diffère par sa nature? Alors, au lieu de naître sous l'influence d'une cause externe, la modification nerveuse du poumon qui constitue l'asthme a trouvé le motif de son développement dans l'altération des organes avec lesquels l'appareil pulmonaire vit dans des rapports physiologiques et mécaniques si immédiats. Par conséquent nous ne regarderons pas la lésion première, comme constituant à elle seule la maladie, car nous serions forcé de dire que l'asthme est une maladie du cœur, du cerveau, etc., et, par suite, d'admettre des altérations constantes avec des effets irrégulièrement intermittens. D'après ces considérations, l'asthme sera pour nous, dans toutes les circonstances, la névrose de la membrane muqueuse pulmonaire, provoquant la convulsion des muscles respirateurs,

Symptômes.

Ainsi que nous l'avons dit, l'asthme est une dyspnée périodique. Au moment où les accès surgissent, le malade est brusquement saisi par un sentiment douloureux dans la poitrine; il se met sur son séant, cherche l'air, et aspire de toutes ses forces. Ces retours dyspnéiques, qui sont rarement accompagnés de fièvre, constituent de véritables accès, qui laissent entre eux des intervalles d'une santé plus ou moins parfaite. Pendant leur cours, les phénomènes mécaniques de la res-

piration s'opèrent avec lenteur; les muscles de cette fonction paraissent soustraits à l'empire de la volonté, pour obéir à une autre influence qui les agite par le spasme et les convulsions, et quelquefois leur soustrait la puissance de se mouvoir, en les tenant dans un état de contraction et de relâchement, et les force par là de refuser leur concours au mécanisme respiratoire, de sorte que le diaphragme seul est chargé de pourvoir à l'accomplissement de cette indispensable fonction.

Ces accès se montrent le plus souvent le soir, dans la nuit, et vers les premières heures du jour; leur invasion est quelquefois subite; d'autres fois elle est précédée de phénomènes variables, tels que des éructations, des flatuosités, des bâillemens; il y a du malaise, de la douleur dans la poitrine. Si la position est horizontale, le malade est forcé de la changer pour se tenir debout ou assis; un impérieux besoin d'un air libre et frais se fait sentir. Bientôt les accidens de la dyspnée la plus intense se manifestent; la respiration est précipitée, haletante; l'inspiration et l'expiration sont bruyantes, et s'accompagnent d'une sorte de ronflement dû au rétrécissement de la glotte et des tuyaux bronchiques. Souvent fréquente au début de l'accès, la toux est alors rarement accompagnée d'expectoration. La parole est brève, difficile; la figure exprime l'anxiété et l'effroi, la suffocation paraît imminente, et l'on a peine à concevoir que de pareils accidens puissent cesser en si peu de temps sans laisser de traces après eux. Souvent l'auscultation ne fournit que des signes négatifs, excepté un râle sibilant et sec, et quelquefois des troubles dans les battemens du cœur.

« La face est tantôt pâle, tantôt colorée; souvent elle se présente alternativement sous ces deux aspects dans le même accès, et cette saillie qu'on remarque même pendant l'intervalle des accès chez les individus asthmatiques depuis long-temps, devient, lorsqu'elle n'est pas congéniale, un signe qui, avec l'état variqueux des veines labiales, peut servir à caractériser l'asthme. » (*J. Frank.*) Les pieds, les mains,

le nez, sont refroidis; la face et la poitrine sont souvent couvertes de sueurs, et quelquefois de grosses larmes coulent des yeux.

Enfin les muscles de la respiration se contractent avec violence. Les bras s'attachent à un point d'appui, les épaules se portent en haut et en arrière. Après avoir ainsi lutté contre la mort pendant un temps qui peut varier de quelques minutes à quelques heures, les phénomènes de l'accès se dissipent, peu à peu la respiration devient plus libre, la toux et l'expectoration sont plus faciles, des vents quelquefois nombreux se dégagent par la bouche, d'où il s'écoule, souvent sans toux, des flots de mucosité et de salive. Le pouls, sans avoir éprouvé d'altération dans le commencement, acquiert à la fin plus de développement. La face revient presque à son état naturel; seulement elle reste légèrement bouffie. L'urine, d'abord abondante et aqueuse, devient rare, foncée, et quelquefois dépose un sédiment copieux et rougeâtre. Voilà comment se termine une scène qui naguère était effrayante, et dont aucune règle générale ne peut formuler ni le retour ni la durée.

Quand l'accès doit revenir la nuit suivante, le malade conserve ordinairement pendant la journée un sentiment de resserrement à la poitrine, une difficulté de respirer qu'augmente la position horizontale ou la moindre fatigue, et il éprouve après avoir mangé un gonflement à l'épigastre.

Les accès peuvent être séparés par des années entières, et ne constituer qu'une affection accidentelle. C'est ce qui arrive dans le début de cette maladie. Mais quand elle compte plusieurs années d'existence, les causes les plus légères les font surgir. Alors des lésions organiques se décèlent, et une fin funeste peut suivre leurs progrès. C'est alors aussi qu'il survient des symptômes d'hydropisie, tels que l'infiltration des membres inférieurs. Pourtant, doit-on toujours penser que quand ce symptôme existe il annonce constamment une altération organique du cœur ou des gros vaisseaux? Ne pourrait-on pas croire que sous l'influence de l'asthme, le poumon est tellement contracté que le sang ne peut pénétrer que très-difficilement dans son parenchyme, et que la circulation est ainsi entravée dans sa mar-

che? Alors l'état spasmodique où se trouve le poumon n'a-t-il pas le même effet qu'un rétrécissement, une ossification d'une ouverture du cœur? n'est-on pas porté à penser ainsi lorsqu'on considère la petitesse du pouls pendant l'accès, et surtout lorsqu'on remarque que l'infiltration des membres inférieurs est en raison directe de la fréquence et de l'intensité des paroxysmes, tandis que ces symptômes d'hydropisie disparaissent avec l'absence de ces mêmes accès qui les avaient produits. Quoi qu'il en soit, l'asthme une fois établi s'attache souvent à sa victime pour le reste de la vie; il la tourmente par des paroxysmes qui se manifestent sous l'empire de causes qui varient suivant le tempérament, la constitution, les circonstances où le sujet se trouve et le régime. Dans le commencement, les accès sont séparés par des intervalles qui varient de quelques mois jusqu'à une année. *Hélian* parle d'un asthmatique qui n'avait que deux accès par an, qui étaient invariablement fixés aux solstices. D'autres fois il n'y a pas de santé parfaite, ce qui a lieu quand l'asthme est compliqué avec une maladie organique. Alors les accès se renouvellent facilement par une cause irritante, une émotion vive, une odeur forte, un air renfermé, un changement de l'atmosphère, et quelquefois parce que cette dernière devient plus légère : c'est pourquoi les lieux élevés conviennent peu aux asthmatiques.

Terminaisons.

L'asthme peut avoir différentes terminaisons.

1°. Par le retour à la santé, soit que cette affection disparaisse spontanément pour ne plus revenir, soit qu'il arrive certains phénomènes critiques auxquels on puisse attribuer l'anéantissement de la modification morbide dont l'asthme était l'effet.

2°. Par la mort. L'importance de la fonction lésée chez les asthmatiques est si grande, que ses troubles de fonctions peuvent se manifester sous des formes effrayantes, et que la mort peut en être le résultat. Pourtant, que les malades se rassurent, et hâtons-nous de leur dire qu'on peut vivre très-long-temps avec cette affection; que les accès n'entraînent presque jamais la mort par suffocation, du moins chez

les adultes, quoique cette terminaison soit plus fréquente chez les enfans. Les asthmatiques ne périssent guère que par suite des complications qui surviennent, ce qui n'a lieu qu'à une époque ordinairement fort éloignée des premiers accès.

Cependant on conçoit comment l'intensité des paroxysmes peut produire la mort. Le besoin d'une respiration plus fréquente reconnaît probablement pour cause une diminution de capacité du poumon; mais si ce resserrement est d'une durée telle que l'air nouveau ne puisse plus arriver aux vésicules pulmonaires, l'asphyxie en est la suite; ou bien encore cette contraction tétanique qui frappe les vésicules aériennes, surmontant leur force de cohésion, les rompt, et, par leur rupture, l'air glisse dans le tissus lamineux qui unit entre eux les lobes du poumon et la plèvre pulmonaire à leur masse. Si cet emphysème est considérable, l'air par sa force d'expansion, qui est encore multipliée par la température du poumon, s'oppose aux efforts de dilatation de cet organe, et par suite à l'accomplissement de sa fonction.

3°. Enfin par une autre maladie, soit que l'asthme disparaisse pour être remplacé par une autre affection, soit qu'après lui avoir donné naissance, cette dernière l'accompagne ou alterne avec lui; mais ces circonstances rentrent dans les complications.

Diagnostic.

Il est facile. En effet, les caractères de cette maladie sont assez tranchés pour n'être pas confondus avec une autre affection du thorax; le point le plus important et le plus difficile est de déterminer si l'asthme est idiopathique ou symptomatique. Dans la première espèce, la percussion et l'auscultation ne montrent aucune lésion. Les accès, sont séparés par des intervalles dans lesquels il ne subsiste nul phénomène morbide. Le contraire a lieu dans l'asthme secondaire, où l'on retrouve dans l'intervalle des accès les symptômes propres aux altérations organiques desquels la dyspnée dépend, plus ou moins marqués.

Prognostic.

Cullen a tracé en peu de mots le véritable prognostic de l'asthme. Quelque effrayante que paraisse cette maladie, dit cet observateur, elle est rarement mortelle, et plusieurs personnes vivent très-long-temps quoique sujettes à ce genre d'affection. Néanmoins, ajoute-t-il, dans plusieurs cas, l'asthme est promptement fatal, et peut-être l'est-il souvent après un certain espace de temps.

Ce prognostic, comme on le voit, n'est pas également sérieux dans toutes les circonstances : l'âge et la constitution, les conditions où l'on se trouve, et les causes qui y donnent lieu, apportent des différences dans l'issue probable de cette maladie ; enfin quand il est évidemment symptomatique, son prognostic est entièrement subordonné à la nature, à l'ancienneté et à la gravité de l'affection qui le complique.

TRAITEMENT.

Je le divise en deux temps ; de là deux indications à remplir. 1° Modérer la violence de l'accès, 2° chercher à en prévenir le retour.

Traitement de l'accès.

L'indication consiste à placer favorablement le malade pour bien respirer, à éloigner la cause qui a pu déterminer l'accès, enfin à calmer le spasme. Par conséquent, on fera tenir le malade assis, on favorisera l'introduction et la circulation de l'air dans l'appartement, on enlèvera les vêtemens qui pourraient gêner la respiration ou la circulation ; on éloignera les assistans trop nombreux ou incommodes, etc. Puis on aura recours aux moyens médicamenteux, lesquels doivent varier en raison de la nature et de l'intensité des accidens ; mais auparavant il faut examiner s'il y a pléthore, avec signe de congestion pulmonaire, ou embarras des voies digestives. Dans le

premier cas, la saignée est un moyen énergique, et conseillée par tous les auteurs, surtout lorsque la maladie est violente et récente. *Hippocrate* conseille de saigner hardiment quand la respiration est très-gênée, lors même que le malade serait atteint d'hydropisie. *Baglivi*, qui rappelle le texte d'*Hippocrate*, développe lui-même ce précepte dans le passage suivant : *Asthmata vehementia quandoque in imminens mortis periculum conjiciunt ægrotum, à morte liberat phlebotomia citissimè instituta, et, si necessitas urgeat, repetita, aut in eodem tempore in ambobus brachiis imperata.* Toutefois ce moyen doit être employé avec la réserve que commandent les forces du malade et sa constitution.

Quant à la plénitude de l'estomac, il est avantageux, au moyen de boissons légèrement émétisées, de déterminer le vomissement; mais il faut agir avant que le spasme ne prenne et jamais quand il existe.

Les contre-irritans doivent être placés au nombre des moyens les plus propres à combattre la violence des accès et à en abréger la durée. Ainsi on ne négligera pas les dérivatifs propres à appeler le sang vers les extrémités, tels que les manuluves, les pédiluves, les frictions, les cataplasmes irritans, et les sinapismes surtout appliqués aux membres inférieurs. La saignée locale pourra aussi être mise en usage; mais comme elle agit trop peu et trop lentement sur la circulation pulmonaire pour être employée lorsqu'il s'agit de combattre un fort accès, on y joindra une action révulsive, comme celle des ventouses scarifiées. On n'oubliera pas qu'on doit avoir attention aux suppressions d'évacuations habituelles pour être guidé dans le choix des parties sur lesquelles on doit agir de préférence.

Quand l'asthme est simple ou seulement compliqué d'un léger catarrhe, ce qui est assez fréquent, on se trouve bien de l'usage des potions dans lesquelles entrent les eaux distillées, les sirops et autres substances antispasmodiques, telles que les eaux de fleurs de tilleul, d'oranger, d'hyssope, etc.; les sirops d'éther, de coquelicot, de diacode, l'assa-fœtida, le musc, etc.; et sur la fin de l'accès, le sirop d'ipécacuanha, l'oxymel scillitique, le kermès, le baume du Pérou, etc. Un

grand nombre de praticiens ont vanté les boissons froides acidulées et aromatiques. On a vanté également les solanées, et en particulier la belladone, la jusquiame, la stramoine; on a conseillé de fumer ces substances. L'effet avantageux que l'on en a obtenu paraît dépendre de ce qu'elles agissent alors plus directement; ou bien se développe-t-il par leur combustion un principe nouveau? D'autres substances minérales et végétales ont encore été préconisées, telles sont le phosphore, le nitrate d'argent, l'acétate de plomb, l'oxyde de zinc, l'acide hydrocyanique, le camphre, la gomme ammoniaque, etc.

L'accès passé, les moyens que l'on emploie généralement pour combattre sa violence sont encore administrés avec avantage pour en dissiper les suites et en prévenir ou en éloigner le retour; en un mot, pour modifier les conditions organiques qui favorisent son développement. Ainsi, la saignée, les ventouses scarifiées sur la poitrine, et aux membres inférieurs, chez les femmes, dans le cas de dysménorrhée, les sangsues appliquées à l'anus, en plus ou moins grande quantité, mais toujours assez fréquemment pour entretenir vers cette partie un mouvement fluxionnaire habituel, peuvent avoir de grands avantages. On trouvera également de puissans secours dans les pédiluves, les manuluves, et autres révulsifs plus énergiques, tels que les vésicatoires, les cautères, etc. Les excrétions méritent aussi de fixer l'attention; aussi on entretiendra avec soin les fonctions des reins, de la peau et du canal intestinal.

Comme on a remarqué que la fin des accès était suivie d'une expectoration plus ou moins abondante, et que cette expectoration, même hors les accès, paraissait produire du soulagement, par ce motif les médicamens dits expectorans et incisifs ont été conseillés par la plupart des médecins anciens et modernes.

Le café, le sous-carbonate de fer, paraissent avoir obtenu quelques succès entre les mains de plusieurs médecins anglais. On sait que *Floyer*, atteint lui-même de la maladie dont il s'agit, et qui prolongea sa carrière au-delà de quatre-vingts ans, a recommandé le café comme moyen dont il éprouva le plus de soulagement.

On a aussi avantageusement employé les évacuans, soient donnés à petite dose habituelle et comme laxatifs, soit comme vomitifs et purgatifs.

Le sulfate de quinine uni à l'éther, à l'opium, est un puissant moyen à opposer à l'asthme, quand les accès ont des périodes régulières.

L'air factice a été proposé et mis en usage par les Anglais. Suivant l'asthénie ou sthénie des organes respiratoires, on excite ou diminue leurs propriétés vitales ; s'il y a grande faiblesse, on fait respirer de l'oxygène pur ; si elle est moindre, on n'ajoute qu'un quart de ce gaz à l'air atmosphérique. Faut-il au contraire diminuer leur trop grande susceptibilité, on ajoute à l'air atmosphérique du gaz azote.

On a aussi employé, à ce qu'il paraît, avec quelque succès l'inhalation des vapeurs chargées de principes balsamiques, narcotiques, ou aromatiques. Par cette médecine pneumatique, on a l'avantage de porter le remède là où réside la maladie ; et si l'on ne parvient pas toujours à guérir, du moins on soulage beaucoup les malades. L'usage continué pendant long-temps des différens moyens que nous avons énumérés, de l'assa-fœtida, de l'extrait de laitue vireuse, de l'acétate de plomb, etc., procure toujours un succès plus ou moins durable. Enfin on peut espérer une cure permanente par le changement d'habitation fait de la ville à la campagne ou de la campagne à la ville ; mais sur ce point on ne peut donner de règles générales : tel asthmatique qui se trouve bien de l'air de la ville est incommodé de celui qu'il respire à la campagne, tel autre éprouve le contraire.

Les voyages de long cours, les changemens de professions, les eaux minérales en bains ou en boissons, surtout celles qui sont sulfureuses et ferrugineuses, peuvent être conseillés.

Ce traitement général doit être modifié suivant la variété des causes ou les modifications de la maladie ; c'est d'après la connaissance de ces différences que le médecin praticien agira.

Je n'entrerai pas dans le détail de toutes ces circonstances ; il me

faudrait rappeler plusieurs maladies qui sont étrangères au sujet de ma dissertation, principalement destinée à l'histoire de l'asthme.

Pendant toute la durée du traitement, le médecin n'oubliera pas de faire exactement observer par le malade les règles de l'hygiène.

1°. *Circumfusa.* On évite de s'exposer aux grandes variations de l'atmosphère, surtout à un temps froid et humide ; on évite de respirer un air vaporeux, des odeurs désagréables ; d'habiter un appartement trop étroit et peu aéré ; on craindra aussi une trop haute température, car un grand feu peut ramener l'accès.

2°. *Applicata.* L'usage de la flanelle est avantageux ; la poitrine sera libre dans ses mouvemens; des habits étroits, des couvertures pesantes nuisent à sa dilatation ; éviter de conserver des vêtemens mouillés.

3°. *Ingesta.* La nourriture sera légère et sans excès ; les alimens flatulens, les boissons susceptibles de fermenter doivent être rejetés, et on évitera surtout les liqueurs alcoholiques.

4°. *Excreta.* Les excrétions méritent une grande attention aux approches de l'accès.

Floyer recommande de faire vomir avant l'attaque ; il a observé plusieurs fois que le vomitif adoucit beaucoup les accès, et il proscrit les drastiques comme augmentant l'intensité des paroxysmes. On leur préfèrera donc les laxatifs doux et acidulés. Il est également utile d'entretenir une abondante sécrétion d'urine; on doit faire usage de boissons délayantes, que l'on rendra diurétiques par quelques grains de nitrate de potasse.

La sueur sera facilitée par de légers diaphorétiques ; il faut rappeler les évacuations sanguines par des saignées locales ou diminuer la pléthore par la saignée générale. Il en est de même de toute autre excrétion devenue habituelle ; ainsi les cautères, les ulcères seront exactement entretenus.

5°. *Gesta.* On doit éviter les travaux forcés et l'inaction. Rien n'est plus favorable à la santé des asthmatiques qu'un exercice doux et modéré ; ainsi l'équitation, la navigation, la promenade à pied sans fatigue ou en voiture sur un terrain uni, conviennent très-bien.

6°. *Percepta.* Les passions vives, les grandes émotions sont toujours nuisibles aux asthmatiques, et surtout à l'approche des accès ; la colère, l'inquiétude, la crainte, donnent souvent lieu à leur retour.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est.

II.

Qui gibbi ex asthmate aut tussi fiunt ante pubertatem pereunt.

III.

In acutis morbis extremarum partium frigus, malum.

IV.

Qni sanguinem spumosum exspuunt, his ex pulmone talis rejectio fit.